

Consentimiento Informado como una forma de institucionalización de la autonomía

Trabajo presentado como requisito
para optar al título de Magister en Filosofía

Escuela de Ciencias Humanas

Maestría en Filosofía

Dirigido por: Wilson Herrera, PhD.

Presentado por

Giovanny Moisés Pinzón Perilla

Universidad del Rosario
Bogotá, 2014

Consentimiento Informado como una forma de institucionalización de la autonomía

Resumen

En general, las formas de interacción entre los seres humanos que están mediadas por referentes tales como: las costumbres, las tradiciones, la educación, la política y la ética, se preservan a través de la institucionalización. Lo que implica la creación de normas reguladoras de las acciones humanas mediante códigos de ética y deontológicos. En el ámbito médico aparecen procedimientos como el consentimiento informado, cuyo fin es garantizar que se respete al paciente el derecho a conocer la realidad de su situación médica y a tomar decisiones acerca de procedimientos que se deben realizar. El desarrollo de este texto busca reconocer en el consentimiento informado una forma de institucionalización de la autonomía. Ahora bien, según esto la pregunta que orientará este documento es ¿cuál es la naturaleza de esa autonomía que institucionaliza la práctica del consentimiento informado?

Palabras Clave: Consentimiento Informado, Autonomía, Autoridad, Cesión del Juicio, Institucionalización.

Introducción.

Lo que se persigue en este trabajo es analizar la institucionalización de la ética en el campo médico, y para ello hemos escogido como objeto de estudio las relaciones entre la autonomía y el consentimiento informado, la tesis que defendemos es que el consentimiento informado es una forma de institucionalización de un principio moral como la autonomía. Ahora bien, el enfoque

de este análisis es de carácter filosófico, en este sentido, aunque la investigación derive de la perspectiva ética, no se profundizará en asuntos médicos.

Dada la naturaleza del problema, es imprescindible mostrar un panorama tanto de los problemas que implica la institucionalización de la autonomía como en el campo de la filosofía moral en torno al tema de las relaciones entre el consentimiento informado y la autonomía. A continuación se tratarán las discusiones que han surgido en torno a la regulación de la práctica del consentimiento informado desde el campo de la bioética mediante el análisis de documentos y declaraciones producto de las organizaciones médicas para regular sus prácticas. Teniendo en cuenta lo anterior, veremos en qué sentidos se entiende la autonomía, planteando una definición de en qué consiste, en la relación médico-paciente a partir de la noción de cesión del juicio a la autoridad teórica del médico en el marco de la institución –lo cual no necesariamente va en contravía de la autonomía –. Y, finalmente, se analizará cómo se llega a la institucionalización de la autonomía en la práctica del consentimiento informado.

1. Planteamiento del problema.

El consentimiento informado es una práctica que se emplea en varios procedimientos que involucran el bienestar y las necesidades de una persona y que consiste en la exigencia al personal médico para llevar a cabo un procedimiento. En este sentido, es la aceptación voluntaria de un paciente al cual se le practicará algún tipo de intervención médica en la que se le informa de los posibles riesgos, afecciones o consecuencias para la calidad de vida del mismo, es decir, en su bienestar social y físico, que pueden surgir en dicha intervención. El consentimiento

informado comúnmente se practica en investigaciones de orden social o con finalidades científicas médicas y en tratamientos médicos paliativos.

Debido a que durante la segunda guerra mundial, en la primera mitad del siglo XX, se presentaron diversas situaciones en las que se cometieron abusos contra la integridad física de personas que se consideraban una amenaza para la supremacía racial, tales como: judíos, homosexuales y comunistas, por parte de los médicos Nazis.

Posteriormente, en el año de 1947 se generaron iniciativas tales como el *código de Núremberg* en el que el principio esencial es el consentimiento voluntario de la persona humana, para el establecimiento de directrices que controlaran el comportamiento de los investigadores médicos.

En este contexto, aparece la *carta de consentimiento bajo información*¹, en la cual se institucionaliza la forma en que un paciente puede ser informado del procedimiento al que será sometido y a la vez le garantiza su libre participación respetando su autonomía.

El consentimiento informado es, entonces, un instrumento para garantizar una adecuada relación entre el médico y el paciente en un tratamiento médico quirúrgico y esto obedece en buena medida a la confianza que el médico pueda inspirar a su paciente y a la veracidad de la información que a este le sea otorgada en relación con su real estado de salud. Así, la información dada al paciente es la que permitirá

¹ Documento escrito que formaliza el procedimiento de información manifiesta por parte de la autoridad médica al paciente, en el que se describen las diferentes variables de un procedimiento médico – quirúrgico.

que él decida acceder al procedimiento médico o se niegue definitivamente a realizarlo.

La aplicación del consentimiento informado es un procedimiento, con frecuencia rutinario², en el cual se solicita de manera explícita la autorización del paciente que se someterá a algún procedimiento mediante la firma de un documento. Sin embargo, el asunto es más profundo, pues lo que está en juego es la capacidad decisoria del paciente para consentir una práctica médica en la que se expone su corporalidad, su capacidad de elección; en el fondo significa *realizar su autonomía*, lo cual se entiende como la capacidad de ejercer su voluntad en la toma de decisiones que pueden alterar su calidad de vida, en especial la salud física, emocional y mental.

El consentimiento informado ha sido centro de diferentes análisis, ya que generan problemas teóricos y prácticos; los primeros, son discusiones éticas acerca del significado y alcance de la autonomía del paciente y de la autoridad del médico. Los segundos, se refieren a la forma cómo dentro de la práctica profesional se incorpora el mecanismo del consentimiento informado, por lo tanto aborda discusiones en torno a la realización de una adecuada práctica del diálogo entre médico y paciente, de la competencia del paciente para decidir y de los protocolos institucionales que se emplean para aplicar el documento del consentimiento informado³. Estos análisis, asimismo, son planteados en distintos escenarios y

² Se hace rutinario el procedimiento en las instituciones médicas cuando no se atiende cuidadosamente al paciente, solamente se le entrega el documento – carta de consentimiento informado -, esperando que éste lo firme para poder atenderlo. Y esto es producto de las instituciones médicas que limitan el tiempo del médico en la atención de los pacientes, impidiendo un acompañamiento más efectivo.

³ Los cuales no se desarrollarán en el marco de este texto, y sólo serán referenciados para analizar algún

desde diversas perspectivas; la discusión se presenta principalmente en el ámbito médico e investigativo.

Este texto se centra en el tratamiento de los análisis teóricos sobre la idea de autonomía personal explorando a cuál concepto de autonomía el consentimiento informado se ajusta.

En primer lugar, respecto a los análisis sobre los asuntos teóricos, presento tres desarrollos relevantes en la discusión sobre la viabilidad de una práctica que involucra la autonomía del paciente de manera activa. En el primero, Onora O'Neill, en su trabajo *Autonomy and trust in bioethics* (2004) sostiene que la autonomía personal adquiere la razón de dicha resonancia para la bioética (p. 34) en la medida en que corresponde a la relación entre la autonomía del paciente y la veracidad de la información que se recibe antes de la intervención. Esta misma posición la comparten Thomas Beauchamp y James Childress (2001), quienes consideran que la autonomía, entendida como un principio que defiende los derechos de los pacientes, es uno de los fundamentos de la bioética. Para ejercer la autonomía se requiere necesariamente que la institución médica cumpla con informar verazmente al paciente respetando la confidencialidad del caso en un marco de confianza en la relación médico-paciente. El valor de la verdad de la información permitirá la realización efectiva y plena de la autonomía personal en el marco de las relaciones de confianza.

problema teórico.

El segundo desarrollo que se da en torno al consentimiento informado tiene que ver con el consentimiento por *poder*⁴. El problema es abordado por Gerard Dworkin en *Theory and practice of Autonomy* (2001), allí es objeto de estudio (p. 85) el hecho de que un individuo pueda tomar decisiones acerca de la voluntad de otra persona, es decir, hablar a nombre de otro y representar sus intereses. En este texto la discusión en torno al consentimiento se ocupa de varias situaciones y contextos, como por ejemplo la situación financiera de una persona senil, los poderes legales de un tutor con un infante o la preocupación de velar por los intereses de un niño. En este problema del consentimiento por *poder* en el contexto biomédico, la preocupación se centra en los terceros, quienes asumen la representación de otras personas que por su incapacidad o incompetencia no pueden ejercer su juicio, tales como los niños y aquellos adultos con patologías como la demencia senil.

En este caso, el debate se centra en dos conceptos: el de consentimiento y el de representación, los cuales están vinculados con el tema de la autoridad institucional. Aunque este último término no se discute en el ámbito biomédico y proviene más bien de la filosofía política y la teoría del derecho⁵, este concepto es pertinente para el asunto que nos ocupa, pues en relación con el problema de la representación en el consentimiento informado, este nos permite entender mejor el conflicto que se

⁴ En el desarrollo de este trabajo no se va a profundizar en el problema del consentimiento por poder, ya que la discusión se orientará en torno al análisis de la naturaleza de la autonomía de la práctica del consentimiento informado.

⁵ Raz, Joseph (2009) *The Authority of Law*, Oxford, Oxford University Press.

presenta de fondo y es el choque de los intereses particulares con los intereses de un grupo más grande.

El tercer desarrollo conceptual que tratamos en esta investigación es el de la autonomía y de los distintos aspectos que le permiten a una persona ser autónoma. En este sentido, Joel Feinberg en *Harm to self* (1986, pp. 27-51) la discusión se sitúa por ejemplo en la capacidad y la competencia que una persona posee para poder gobernarse. De igual manera, Feinberg (1986), propone tres conceptos para el análisis de la autonomía, a saber: la autodeterminación, la autolegislación y la autenticidad moral. Este desarrollo conceptual será ampliado en el segundo capítulo del artículo, en el que se abordarán los desarrollos del concepto de la autonomía.

En segundo lugar, los debates que surgen en torno a la reflexión sobre la práctica del consentimiento informado⁶ se refieren a problemas aplicados en el campo profesional de la medicina, tales como el análisis del concepto de la autonomía en pediatría y la discapacidad moral para tomar decisiones⁷. Lo que nos lleva a indagar sobre el papel de la autonomía del paciente en el marco de la institución médica y su relación con la autoridad médica. La ventaja que brinda el esfuerzo por entender la naturaleza de la autonomía en la práctica del

⁶ Algunos de los problemas de orden práctico se refiere a casos en los que el ejercicio de la autonomía adquiere características peculiares en individuos con alguna incapacidad o discapacidad mental y que se halla en dependencia del grado y severidad de la afección. El protocolo de los médicos y abogados en cuanto a la evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones autónomas en salud. El consentimiento informado en relación con la idea de capacidad que posee una persona a la hora de decidir sobre su cuerpo y su salud. La necesidad del Consentimiento Informado en la investigación clínica con seres humanos.

⁷ No obstante, dado que el interés de este artículo se centra en lo teórico sobre la naturaleza de la autonomía sobre lo que significa la autonomía y la incidencia que este principio normativo tienen en el consentimiento informado no vamos a realizar un análisis profundo en el debate práctico.

consentimiento informado es la identificación de que en la relación médico-paciente no sólo hay un mecanismo jurídico documentado que libera a la institución médica de problemas legales, sino un procedimiento ético que involucra la confianza y la credibilidad que el paciente otorga al médico al ceder su autonomía ante su autoridad por conocimiento.

Un tema de vital importancia en la forma como se lleva a cabo en la práctica el uso del consentimiento informado es el de la *verdad* de la información, que depende del grado de ética con el que el médico actúe para solicitar este consentimiento. Lo cual deriva en la pregunta por la correlación entre la autoridad del médico y la autonomía del paciente, a saber: los límites de la autonomía del paciente y los alcances de la autoridad del médico. Dicha correlación se encuentra en la evaluación del grado de conocimiento científico del médico al momento de realizar el procedimiento, en el documento institucionalizado de la práctica del consentimiento informado, en la necesidad del paciente de mejorar su condición de vida y, sobre todo, en la capacidad del paciente de ceder su voluntad al juicio del médico, de *ceder su autonomía*, que en este caso, como veremos posteriormente, no se trata de una negación de la autonomía del paciente, sino de la capacidad de creer y confiar en la autoridad del médico como conocedor de la situación clínica del paciente.

En conclusión las apreciaciones tanto teóricas como prácticas que hemos visto en este capítulo nos sirven para evaluar posteriormente cómo el consentimiento informado es una forma de institucionalización de la autonomía. A continuación se hará un acercamiento a las discusiones en bioética haciendo referencia a los documentos y declaraciones que regulan la práctica del consentimiento informado.

2. Consentimiento informado y Bioética

El desarrollo de este capítulo se ocupará de analizar la noción de consentimiento informado a partir de las diferentes discusiones que se han dado en el marco de la bioética. Seguidamente se trabajarán los diferentes documentos que legislan u orientan esta práctica en las distintas áreas de la salud.

En la práctica médica, antes de realizar un procedimiento quirúrgico o alguna intervención médica que ponga al paciente en riesgo de afectar su salud o que le pueda generar alguna secuela por la aplicación de algún medicamento o de un tratamiento médico, se procede a firmar un documento que especifica el procedimiento a realizar y sus posibles consecuencias.

Este requerimiento es, básicamente, un documento firmado por el paciente y la institución en el que se explica en detalle qué tipo de procedimiento se va a realizar y cuáles son los posibles efectos colaterales o secundarios de dicho procedimiento. En México, por ejemplo, se le denomina *Carta de consentimiento bajo información* del expediente clínico (Fajardo, 2008). Esta *Carta de consentimiento* corresponde a documentos escritos firmados por el paciente o su representante legal –cuando el paciente no se encuentra habilitado para dar consentimiento como es el caso de los niños, o de las personas sin conciencia o plena conciencia– mediante los cuales se acepta un procedimiento médico quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios. Esto implica que se debe informar detalladamente al paciente sobre su posible padecimiento, las alternativas terapéuticas, las complicaciones potenciales, y las secuelas o riesgos a los que se puede exponer. El objeto del

consentimiento informado es que el paciente decida y autorice los procedimientos médicos en forma voluntaria, consciente, libre y responsable.

En bioética se formulan cuatro principios por Beauchamp & Childress (2002) que pueden fundamentar la práctica del consentimiento informado, ya que su fin es beneficiar al paciente respetando su integridad y dignidad en su calidad de persona humana. Los principios son: el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia, el principio de justicia y el principio de autonomía.

El primer principio, el de la beneficencia, es un principio de la moralidad en el que las personas de manera individual se abstienen de hacer daño y buscan ante todo generar condiciones que contribuyen al bienestar de los demás⁸. El principio de beneficencia en el marco del consentimiento informado es una forma de concienciación a la autoridad médica de la necesidad de proteger los derechos fundamentales del paciente a ser cuidado clínicamente. En este sentido, la práctica médica asumirá como fin primordial el bienestar del paciente, cuestión que está mediada por la veracidad de la información que es comunicada al paciente acerca de los procedimientos médicos para que éste, a su vez, pueda optar por someterse al criterio y cuidado de la institución de sanidad.

El segundo principio es el de la *no maleficencia*, que corresponde a no infligir daños al paciente, así como el de prevenirlos y evitarlos. Este principio se orienta

⁸ El principio de la beneficencia consiste en el deber de hacer el bien, garantizando en todas las modalidades de atención médica el bienestar del paciente, este principio se diferencia de la benevolencia dado que este imprime un carácter virtuoso de la persona que lo apropia, en cambio la benevolencia se constituye desde la obligación moral. Así lo señalan Beauchamp y Childress: “La beneficencia se refiere a una acción realizada en beneficio de otros; la benevolencia se refiere al rasgo del carácter o a la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio de otros, y el *principio de beneficencia* se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros” (Beauchamp & Childress, 2002, p. 246).

por la máxima “*no hacer daño al otro*”, y está muy relacionado con el juramento hipocrático en el que los profesionales de la salud consagran su labor. De acuerdo con Beauchamps y Childress:

El principio de la no maleficencia es sólo un aspecto del principio de la beneficencia. En este sentido, la beneficencia se orienta bajo cuatro obligaciones generales en la práctica médica, a saber: “No se debe infligir daño o mal”; “se debe prevenir el daño y el mal”; “se debe evitar o rechazar el daño o el mal”; y “se debe hacer o promover el bien”. De las anteriores obligaciones, las tres últimas corresponden al principio de beneficencia, pero sólo el primero se ajusta sólo al principio de no maleficencia. La obligación de no hacer daño a los demás, que corresponde al principio de no maleficencia. (Beauchamp & Childress, 2002, p. 180)

De modo que, la práctica del consentimiento informado es un imperativo en el que la acción médica está orientada a no dañar al paciente por falta de una comunicación efectiva en la que se omiten cosas que pueden afectar el bienestar de la salud y calidad de vida de quien se somete a una intervención con fines quirúrgicos, investigativos o clínicos.

El tercer principio es el de *justicia*, que implica dar a cada paciente las mismas condiciones para ser atendido en el sistema de salud y esto incluye el cumplimiento de compromisos y deberes contraídos por parte de la institución médica y el profesional de la salud en relación al paciente:

Este principio se formula debido a problemáticas que se dan en los sistemas de salud de muchos países, por ejemplo las desigualdades que se dan en el acceso a la asistencia médica y a los seguros de salud, los cuales son costosos e impiden que las personas con bajos recursos económicos puedan beneficiarse de ellos. Desde el principio de justicia se apela a un derecho mínimo decente de la asistencia médica. (Beauchamp & Childress, 2002, p. 332)

Este derecho mínimo del paciente corresponde al derecho a recibir una atención médica básica en los tratamientos médicos, y al derecho a una atención sanitaria básica para todas las personas por encima de los asuntos del mercado de la salud (Beauchamp & Childress, 2002, p. 333). Se necesita que la distribución de recursos que la sociedad destina para el sistema de salud no permita desigualdades superando las desventajas que trae consigo el sistema económico que está a la base del sistema de salud.

El derecho mínimo decente de la atención médica se justifica desde la protección social colectiva y desde la oportunidad justa. Lo primero, se enfoca desde las similitudes entre las necesidades que convencionalmente han sido protegidas por los gobiernos; lo segundo corresponde a la oportunidad justa que vincula al sistema de la salud a quienes son menos favorecidos por el sistema económico. Una sociedad debe distribuir los recursos para soslayar la situación de injusticia propia del factor de oportunidad de las personas. “Esta directriz de oportunidad justa sugiere un camino para dar contenido a la idea de un mínimo decente de atención médica y para establecer prioridades en la distribución de recursos” (Beauchamp & Childress, 2002, p. 337).

Este principio ético de la justicia en el marco de la práctica médica está relacionado con la aplicación de mecanismos que no dañen la integridad de las personas sometidas a procedimientos bajo criterios de igualdad, por lo tanto, es importante en cuanto al beneficio de todos los pacientes o sujetos de investigación médica. Un procedimiento que, por justicia, se debe aplicar a todo paciente es el del consentimiento informado, lo que contempla que no se pueden hacer exclusiones

con respecto a este procedimiento en términos de raza, género, o condición social, sobre todo cuando nos encontramos frente a personas pertenecientes a grupos vulnerables.

El último principio corresponde al de la *autonomía*, que se refiere al derecho moral y legal del paciente de tomar una decisión libre de toda influencia externa por más buenas que sean las intenciones del médico y de su propia familia. El énfasis del principio de autonomía descansa sobre la libertad del paciente de decidir sobre su propio cuerpo; en virtud de ello, es necesario considerar las acciones de los agentes capaces de tomar decisiones de manera intencional, con conocimiento racional y en ausencia de influencias externas que puedan determinar las acciones que realizará, de acuerdo a la información recibida por el médico. A este respecto Beauchamp y Childress afirman que:

El paradigma básico de la autonomía en la asistencia sanitaria, la política y otros contextos es el consentimiento expreso e informado. El consentimiento ha tenido gran importancia en estos ámbitos, ya que un consentimiento válido legitima tipos de autoridad y conductas que de otra forma no lo estarían, y porque permite un acceso que en otro caso sería inalcanzable. (Beauchamp & Childress, 2002, p. 120)

La autonomía, en la práctica médica, se materializa en la capacidad del paciente de ser un agente activo en el momento de elegir y la manera en que constitutivamente puede hacerlo es a partir de la práctica del consentimiento informado. Entonces, es a partir del paradigma del consentimiento expreso de la persona de someterse o no a un procedimiento investigativo o médico que se interpreta el principio de autonomía en ética biomédica.

Los principios anteriormente enunciados se hacen efectivos en la práctica del consentimiento informado cuando la institución médica –en representación de sus investigadores y médicos– en su relación con el paciente respeta su intimidad, lo cual obliga a que la información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos de que sea en beneficio de la misma. Tales principios velan por el respeto a la persona en su integridad, otorgando al paciente un trato más humano, en el que humanizar las prácticas institucionales médicas en la relación médico-paciente es fruto de la orientación que la institución de a sus prácticas médicas de acuerdo a la formulación de estos principios.

Del breve análisis de los cuatro principios de la bioética que sustentan la práctica del consentimiento informado se puede inferir que lo que se pretende es establecer un marco de relaciones entre médicos y pacientes, con miras a que la información que se dé en la consulta o procedimiento médico sea veraz y así pueda funcionar la práctica del consentimiento informado.

No obstante, el principio de autonomía es de importancia en la concepción del consentimiento informado ya que tiene como su centro el reconocimiento de la persona como ser libre, por tanto, es este principio de autonomía que hace valioso el ejercicio de una persona de su derecho a decidir o no un procedimiento médico con conocimiento de los resultados de la práctica médico-quirúrgica.

El consentimiento informado es una práctica que en el ámbito médico exige que, ante cualquier procedimiento, el paciente en tanto que requiera de alguna intervención quirúrgica deba estar plenamente informado sobre las alternativas, diagnósticos, terapias, posibles riesgos y complicaciones que se puedan dar a la hora de practicarle un procedimiento determinado. De allí que María del Carmen

Hernández (2005) considere que el consentimiento informado como práctica le permite al paciente, en pleno uso de sus facultades legales, decidir si se realiza o no una intervención quirúrgica, es decir, que en este procedimiento se garantiza el ejercicio de la autonomía del paciente:

Se basa el consentimiento informado en que el individuo en pleno uso de sus facultades tiene la capacidad legal y el derecho para, por sí mismo, estando en la posesión de todos los elementos disponibles, adoptar una decisión racional y correcta, se fundamenta en el concepto legal de intimidad y se enfrenta al llamado paternalismo del médico en términos de igualdad en su relación con el prestador de salud. (Hernández, 2005, p. 26)

Siguiendo a esta autora, el consentimiento informado es un procedimiento que tiene como propósito garantizar al enfermo su derecho a tener una información veraz sobre su enfermedad, y sobre los tratamientos disponibles; información que debe darse en un lenguaje comprensible y que no lesione su dignidad, ni despierte preocupación innecesaria, dándole oportunidad al paciente de participar en el tratamiento otorgando su consentimiento.

De acuerdo con esto, el consentimiento informado posee dos partes: la primera es la *provisión de la información* que debe ser dosificada al paciente, en lo que realmente debe saber cumpliendo el deber de ser veraz. La falta de información, o su distorsión, son factores externos que restringen la autonomía del paciente. La información debe darse en forma oral y escrita, de tal manera que se permita la comprensión de la situación médica del paciente, es decir, que el consentimiento informado se establece en primera instancia en un diálogo entre médico y paciente, y en segunda instancia se corresponde al marco legal de documentación del consentimiento que se da el paciente para realizar el procedimiento o tratamiento

médico. La formulación por escrito no es a menudo suficiente, pues es frecuente que muchos pacientes no recuerden lo que leyeron, por eso es siempre necesario dialogar y, sólo después de que el paciente manifieste estar de acuerdo, proceder a firmar el documento.

La segunda parte del consentimiento informado es el *consentimiento propiamente dicho*, es la aceptación de un procedimiento médico de acuerdo a lo informado. Por ello, el consentimiento informado requiere la competencia del paciente, es decir, su plena conciencia, su autonomía o mayoría de edad. En el caso de que el paciente no tenga competencia, como los menores de edad o los que por su situación médica se encuentren inconscientes o inhábiles, debe solicitarse el consentimiento a un sustituto moralmente válido, ya sean los padres o tutores o representantes legales, los cuales pueden contribuir a respetar la autonomía del paciente con el argumento de que al conocer mejor al paciente sabrían mejor cómo él decidiría⁹.

Los análisis anteriores que hemos hecho sobre el consentimiento informado son recogidos por la regulación internacional. Es así como las iniciativas mundiales más reconocidas como la Declaración de Helsinki (1964), el reporte de Belmont (1979), y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO

⁹ Dworkin (1988, P. 94-95) afirma que los representantes se asumen generalmente para ser elegidos o autorizados por aquellos a quienes representar. Los representantes pueden actuar en nombre de los demás, porque se les ha concedido ese derecho. Pero en el contexto médico se puede presentar que frente a la incompetencia en una situación de emergencia no se tiene la autorización explícita del paciente, quien no ha designado un apoderado para actuar en su nombre. Esta situación de falta de representación específica debido a la "incompetencia" del paciente, puede ser asumida por quienes han estado cerca, usualmente es la familia y se debe a consideraciones de tipo psicológico, social y administrativas, que incluyen el respeto por la familia como una unidad en la toma de decisiones, la competencia de otorgar el consentimiento se deriva del hecho del vínculo moral de protección entre ellos.

(2005) señalan que el consentimiento informado exige brindarle al paciente una información veraz.

Es así como en la Declaración de Helsinki (1964), realizada por la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), se abordan los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, y su fin es promover el bienestar de los pacientes o personas que se someten a una investigación. Es de resaltar la importancia que da la Declaración a la responsabilidad del médico en cualquier procedimiento, dada su autoridad por el conocimiento de los riesgos y beneficios de la intervención: “La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento” (DN, arts. 3 y 15).

La Declaración de Helsinki regula todo lo relacionado con el proceso investigativo en medicina afirmando que se deben tener en cuenta al menos los principios básicos como proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano (DN art. 10), respetando los derechos de los participantes de la investigación.

La declaración enfatiza en la importancia del consentimiento informado en las prácticas investigativas con seres humanos en el que las personas sujetas a algún procedimiento deben recibir la información necesaria para participar o no en la intervención experimental:

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados,

riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. (DN art. 22)

El Reporte de Belmont (1979), pieza clave para la regulación ética en las investigaciones en salud en los EEUU, enriquece la conceptualización acerca de la autonomía del paciente, y ofrece elementos de juicio para evaluar la validez del consentimiento informado profundizando en los factores de beneficio y de riesgo. Este reporte presenta los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Los principios básicos a tener en cuenta en una investigación con seres humanos son: el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. El principio del respeto a la persona se sustenta en la convicción ética de la autonomía del sujeto de investigación.

Según el Reporte Belmont (1979), este principio de la autonomía de las personas se aplica en el consentimiento informado dada la oportunidad de escoger ser sujeto de investigación, teniendo en cuenta aspectos relevantes para que se pueda practicar el consentimiento informado, a saber: claridad en la información, comprensión de la información por parte del paciente y voluntariedad autónoma del paciente.

En el contexto internacional, la UNESCO, en el año 2005, formula la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en ella se destacan dos artículos que buscan orientar la legislación universal del consentimiento informado. Dichos artículos señalan:

Artículo 6: Consentimiento: toda intervención médica preventiva, diagnóstica, y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, con base en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento deberá ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo.

Artículo 7: Personas incapaces de dar su consentimiento: De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial de las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento. (Declaración Universal Sobre Bioética y DDHH, 2005, arts. 6 y 7)

Estos artículos nos permiten identificar que la práctica del consentimiento informado debe ser expreso por parte del paciente respetando su autonomía en tanto que puede desistir en cualquier momento del tratamiento médico, además permite una protección especial para aquellas personas incapaces de dar su consentimiento, generando una normativa específica para estos casos.

En conclusión, nos encontramos con tres acuerdos internacionales que concuerdan en que la práctica investigativa en medicina debe tener en cuenta el consentimiento informado como principio. Además, es de resaltar que el reporte Belmont (1979) hace especial énfasis en el respeto de la autonomía del voluntariado de los pacientes como sujetos de investigaciones dirigidas, como la prueba de medicamentos; mientras que el énfasis de las otras dos declaraciones está en la protección de manera integral de los derechos de los pacientes, a conocer las consecuencias del procedimiento médico, y de las ventajas o desventajas de los mismos.

Para terminar, es importante señalar que estas declaraciones constituyen la base del marco normativo que regula a las instituciones médicas, cuyo centro es la

relación entre el paciente y el médico. Por otra parte, La institución médica, entendida como una estructura compuesta por conjuntos de normas, es la que orienta y determina las acciones de los diferentes miembros que la componen. Las declaraciones citadas arriba establecen los derechos y deberes de los actores institucionales.

La práctica del consentimiento informado se ha estructurado de tal manera que su finalidad es proteger los derechos de los pacientes y velar por el cumplimiento de los deberes de las instituciones médicas y de los médicos ante la implementación de un tratamiento. De esta manera, se establecen las prácticas en las que se puede orientar al paciente en la toma de decisiones con relación a procedimientos médicos y el consentimiento informado según las normas de la institución médica.

Hasta este momento, se ha realizado un acercamiento a las discusiones en bioética haciendo referencia a los documentos y declaraciones que regulan la práctica del consentimiento informado, permitiéndonos identificar las normativas que fundamentan la práctica del consentimiento informado en las instituciones médicas. A continuación, se abordará el concepto de autonomía, definiéndolo y analizándolo desde la noción de la autonomía como cesión del juicio a la autoridad médica.

3. Autonomía

En este capítulo, analizaremos el concepto de autonomía y su relación con el concepto de autoridad. Para ello, inicialmente, se tendrá en cuenta el desarrollo del

concepto de autonomía por Joel Feinberg¹⁰ (1986) debido a que presenta un análisis contextualizado de esta noción desde el derecho, y asocia la autonomía con categorías como la capacidad, la condición, e ideal de autonomía (autonomía moral) y el Derecho, los cuales son pertinentes para el estudio de la autonomía y su relación con el consentimiento informado. Luego, se abordará la relación entre el concepto de autonomía y el de autoridad analizando su papel en el marco del consentimiento informado.

Como lo señala Feinberg (1986, p. 27), el concepto de autonomía en un principio fue atribuido al Estado¹¹ que se autogobierna en el marco de sus leyes; pero posteriormente fue designado a las personas, en cuanto agentes, es decir, que los humanos son seres que tienen la capacidad de actuar a partir de razones.

Nos detendremos a analizar la autonomía personal centrándonos en tres aspectos de la discusión: el primero, corresponde al *ideal* de ser autónomo y que se refiere a aquello que nos gustaría realizar desde nuestra voluntad; el segundo, hace referencia a la capacidad de ser autónomo que se suscribe a la competencia que tienen las personas de tomar decisiones; y el tercero, al marco legal, esto es a

¹⁰ En este texto se tendrá en cuenta el desarrollo del concepto de autonomía de Feinberg (1986) debido a que presenta un análisis contextualizado desde el derecho, y asocia la autonomía con categorías como la capacidad, la condición, e ideal de autonomía (autonomía moral) y el Derecho, los cuales son pertinentes para el estudio de la autonomía en torno al consentimiento informado. Las reflexiones o análisis en torno a la autonomía en otras perspectivas como la de Kant (2006), Mill (2008) o Dworkin (1988), se asocian a otros desarrollos conceptuales que no nos permite abordar el problema de la naturaleza de la autonomía en torno al consentimiento informado.

¹¹ La autonomía se asocia a la expresión autonomía personal en cuanto se deriva de los términos de gobierno tales como gobierno de sí mismo, derecho, regla, y se asocia a términos como autogobierno, autodeterminación, libre determinación, independencia (Feinberg, 1986, p. 27).

lo que tenemos derecho de hacer de acuerdo a lo que dictan las normas en un determinado sistema jurídico.

Cuando hacemos referencia al ideal de autonomía como concepto, lo hacemos en la medida en que asociamos diferentes ideas ligadas a la capacidad de autogobierno, de la libre determinación de la voluntad personal y de la capacidad de la persona de tomar decisiones en las diversas circunstancias de la vida. Este ideal será posible si nos acercamos a las características que posee el concepto de autonomía como la capacidad de tomar decisiones, de elegir deliberadamente de acuerdo a la voluntad de la persona.

Para entender el alcance del concepto de autonomía con respecto al consentimiento informado es necesario aclarar qué entendemos por éste. En este sentido, Feinberg (1986) nos ofrece una definición basada en cuatro aspectos que la definen: como capacidad, como condición, como ideal y como derecho.

En lo que sigue del análisis nos remitiremos a explicar cada una de estas definiciones de autonomía personal haciendo especial énfasis en la autonomía como *capacidad* y la autonomía como *condición* con miras a identificar la naturaleza de la autonomía en la práctica del consentimiento informado.

La autonomía como capacidad nos remite a pensar en una condición natural de autogobierno de la persona; en este sentido, se puede afirmar que si una persona no tiene la capacidad de autogobernarse no es un ser autónomo. “La capacidad está relacionada con la facultad que la persona tiene de tomar decisiones y de actuar de acuerdo con ellas, y eso se atribuye a las personas que moral y jurídicamente pueden hacerlo, como las que pueden elaborar juicios racionales acorde a las circunstancias de forma coherente. Así, quienes no son autónomos,

son aquellos que no pueden ejercer esta capacidad, tal como es el caso de los niños, los dementes, las personas con retraso mental grave, los que están en estado de coma o con enfermedades mentales” (Feinberg, 1986, p. 28).

Es importante advertir que para que un agente sea un ser autónomo no se requiere de una capacidad racional excelsa o superior a la de otras personas. El hecho de que el agente elabore juicios coherentes con la realidad lo hace capaz en la toma de decisiones. “Aunque una persona pueda tener más inteligencia que otra, no será más competente en la realización de otras tareas”. (Feinberg, 1986, p. 30)

En otras palabras, los que carecen de conciencia suficiente para realizar una tarea serán incompetentes para llevarla a cabo, mientras los que tienen suficiente conciencia podrán tomar decisiones personales sobre qué hacer con su vida, como aquellas que afectan la vida y la libertad de los otros. Lo cual nos indica que una persona auténticamente incompetente no puede tomar decisiones que afecten su integridad o la integridad de los otros, no puede autogobernarse pues no puede tomar decisiones prudentes. La autonomía como competencia es atribuida a la conciencia que posee la persona a la hora de elegir, de valerse por sí misma, sobre todo para direccionar su juicio en las decisiones inherentes a su propia vida.

En síntesis, la autonomía como capacidad es la competencia racional que tiene un agente para tomar decisiones en un contexto determinado, aspecto que hay que tener en cuenta en este análisis, pues el contexto es un elemento clave que influye en el juicio deliberativo del agente, de ahí que el concepto de autonomía se analice desde la *condición* en que vive el agente.

Ahora bien, La autonomía como *condición* se diferencia de la autonomía como *capacidad*, en tanto que una cosa es tener las competencias o la capacidad de

autogobernarse, y otra la de ser libre en la toma de decisiones que corresponde en cierta forma al ideal de autonomía que anhelamos vivir. La autonomía como condición se refiere a que la persona además de tener la capacidad tiene la posibilidad efectiva de ejercer su autonomía. Este aspecto de la autonomía nos lleva a cuestionarnos respecto a cuál es la real autonomía que puede ejercer una persona en una situación institucional, como por ejemplo que viva en una dictadura que le impida tomar sus propias decisiones, y de azares presentes en el mundo que está obligado a vivir y de las oportunidades que se tienen para realizar dicha autonomía.

Para Feinberg (1986), la realización de la autonomía depende de la suerte, es decir de una serie de circunstancias que no están bajo su control. Si una persona tiene mala suerte, las circunstancias independientemente de su voluntad pueden destruir sus oportunidades.

Por ejemplo, en Colombia, el ciudadano colombiano debe ser capaz de ejercer su autonomía en las condiciones que le otorga la institución; aquí, una persona de bajos recursos que busque atención médica en caso de enfermedad difícilmente le prestan este servicio o no se lo prestan, por su condición de pobre, en un país donde las condiciones institucionales no le garantizan el acceso a un derecho humano fundamental como lo es la salud; como consecuencia de ello, la única oportunidad que tiene es la de resignarse a lo que tiene, por lo cual puede irse a convalecer a su sitio de vivienda o en el peor de los casos morir en la puerta del hospital, o una persona se encuentra inscrita en un sistema de salud en el que la empresa prestadora de salud (EPS) no lo atiende esperando la “orden de la EPS” para su

tratamiento¹². Es decir, las condiciones de autonomía están reguladas, más que por la institución, es el sistema monetario el que regula las condiciones de la autonomía. Tanto así, que la institución le da solo una oportunidad.

Un caso contrario, el de un sujeto de las clases altas, al que la institución le permite ejercer su autonomía, a la hora de solventar económicamente su acceso a la salud, éste puede decidir a la hora de elegir un centro médico, incluso en otras partes del mundo, en el caso de las personas que padecen enfermedades “costosas”. Así pues, una buena suerte, más que una capacidad, es una condición necesaria para la autonomía.

Las circunstancias de mala o de buena fortuna pueden contribuir realmente a la autonomía; como cuando una persona encuentra que puede valerse por sí misma solventando sus necesidades con recursos propios desarrolla el hábito de ser autónomo en unas condiciones específicas, en las que el sujeto está incrustado. De acuerdo al contexto, las oportunidades son las disponibles para la mayoría de la gente, la persona es la que puede decidir sobre las oportunidades que se le presentan, así la autonomía se deriva de una concepción de libre determinación, en la que la persona no pertenece a ningún otro individuo como si fuere una propiedad o posesión de otro.

Para entender la autonomía como condición y como ideal es necesario examinar las virtudes que caracterizan a una persona autónoma, que de acuerdo

¹² El periodista Juan Gossaín publica en el periódico *El Tiempo* un artículo: Un resumen de la lista de muertos por culpa de “espere la orden de la EPS” Recuperado de: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13423202.html, el 17 de abril de 2014.

con Feinberg (1986) son las siguientes: autenticidad, independencia moral, integridad, autorrealización, iniciativa y responsabilidad.

La persona autónoma no es una copia de otra, ella posee un sentido de su propia identidad, no se agota en sus relaciones con otros. Ser auténtico implica ser poseedor de gustos, opiniones, ideales, valores, preferencias. Una forma de no ser auténtico es ser un conformista. Una persona es auténtica en la medida en que no permite que las opiniones de otros interfieran de forma radical en la construcción de sus propias opiniones y gustos. “Es auténtica en la medida en que puede cambiar sus condenas por razones propias y lo hace sin culpa” (Feinberg, 1986, p. 33).

La autodeterminación, en una persona autónoma es considerada como la capacidad de construirse auténticamente, es decir, que su carácter de ser auténtica se va construyendo en el marco de relaciones con otras personas autónomas; uno aprende a ser auténtico si se forma en la autocrítica y en la construcción de la identidad que lo diferencia de las demás personas. Si bien la autodeterminación le posibilita al agente una construcción auténtica en relación con otros agentes, esto no es suficiente en la constitución de una persona autónoma, ya que se requiere de una construcción moral que se fundamente en la capacidad de auto-legislarse.

La auto-legislación, es una virtud cuyo referente se encuentra en Kant (2006), quien en su tercera formulación del imperativo categórico nos indica que el sujeto *actúa según la autonomía de la voluntad* así nuestra acción se convierta en una ley universal¹³. Un hombre sólo es obligado a actuar conforme a su propia voluntad,

¹³ La primera formulación del imperativo categórico nos exige que actuemos de manera tal que *la máxima de la acción pueda valer como ley universal*.

una voluntad que está diseñada por la propia naturaleza para dar un carácter universal a las leyes. La persona autónoma establece su propia ley.

Las personas están relacionadas con principios morales, que emergen de una comunidad o de una sociedad, los cuales son un referente que vincula a los diferentes miembros de la comunidad discriminando lo que es virtuoso para la construcción de una persona moralmente autolegisladora. Al respecto, Feinberg (1986) introduce el concepto de autenticidad moral que se refiere a la capacidad que tiene el agente de actuar conforme a un sistema de valores al cual se adhiere para vivir en una sociedad. Ser una persona auténtica moralmente corresponde a una persona que es capaz de autogobernarse a partir de las reglas externas con miras a vivir en una comunidad. Lo cual puede entenderse como autonomía moral, en la que no sólo se privilegia la satisfacción de las necesidades individuales del agente, sino que se tiene presente a los demás con miras a no dañarlos y no atentar en contra de ellos.

La virtud de la autenticidad moral son las normas que las personas se han fijado en su autonomía personal; dichas normas no pueden verse como expresiones de los caprichos, deseos o pulsiones de las personas, sino que están enraizadas en la autonomía moral. En la medida en que una vida autónoma de las personas está articulada por sus creencias morales, las normas que ella misma se da no se deben derivar de la autoridad; ello por cuanto que la autenticidad moral se opone a seguir ciegamente las reglas sociales, y más bien lo que se esfuerza a hacer es un proceso reflexivo sobre las normas y valores involucrados que deben guiar sus decisiones.

Ahora bien, las reglas sociales definen las prácticas en el curso de la vida social; muchas de ellas son tan antiguas como la sociedad misma, en muchos otros casos

son heredadas y en otros no tenemos ningún control sobre el proceso de formación de las normas. Aquí, el asunto es lograr que la persona a pesar de ser regulada por normas externas a su autonomía, pueda ser fiel a sus principios morales, alcanzando una moral autónoma. Como bien señala Feinberg:

Una persona que es íntegra, es fiel a sus propios principios, la integridad presupone la autenticidad moral, uno debe tener sus propios valores morales para poder actuar con fidelidad a ellos. Una persona que es íntegra no se deja comprar.
(1986, p. 40)

Así, por ejemplo, aun cuando la sociedad tiene como norma predominante el consolidar una familia, y que la institución se empeña en formar los sujetos para introducir éste y otros principios normativos en su autonomía moral; un sujeto moralmente autónomo puede decidir no constituir una familia, negarse a tener hijos o renunciar a ello, con lo cual desarrolla su vida desde una perspectiva de la impuesta por la sociedad.

Para Feinberg (1986), en las sociedades contemporáneas, la autorrealización es el mayor bien de una persona en la vida, y ésta sólo la puede construir la persona misma, no es algo que se pueda encontrar afuera o que los otros lo fabriquen. Una persona autónoma no se caracteriza sólo por sus gustos, opiniones y principios, también lo son sus proyectos y estrategias para sacarlos adelante. La realización de estos proyectos y estrategias exige a la persona comprometerse consigo misma. En este sentido, la autonomía está ligada con lo institucional en la medida en que el sujeto autónomo debe asumir sus propios actos, es decir, ser consecuente.

La responsabilidad es en sí misma un conjunto específico de virtudes, una persona responsable es estable, fiable, confiable, tiene las virtudes del buen juicio, la iniciativa, la

discreción en la resolución de conflictos, es la persona que puede hacer las cosas por su cuenta sin que le indiquen lo que debe hacer. (Feinberg, 1986, p. 44)

Una persona autónoma responsable es aquella que logra actuar coherentemente de acuerdo a los valores que lo caracterizan, las normas morales que lo constituyen cuidando de no dañar a otros con el ejercicio de su autonomía.

Después de haber visto someramente, las distintas virtudes que caracterizan a una persona autónoma, se puede concluir que un agente es autónomo si posee competencia en el sentido de tener una conciencia racional para la toma de decisiones, al mismo tiempo que es capaz, a pesar de las condiciones propias de su vida particular, de sacar provecho de las oportunidades y autorrealizarse. Después de todo, una persona no es menos autónoma si se gobierna mal o tiene malos principios, o comete una agresión en contra de otra persona; el agresor puede ser moralmente deficiente, pero lo que no es deficiente es su autonomía.

En las condiciones propias de la vida particular, ninguna persona selecciona “autónomamente” su propia herencia genética o la educación temprana, ninguna selecciona su país, su idioma, su comunidad social y sus tradiciones. Al pertenecer a una comunidad, el ser humano posee una historia social que lo constituye. “El ideal de la persona autónoma es el de alguien auténtico cuya autodeterminación es tan completa como sea compatible con la exigencia de que es un miembro de una comunidad” (Feinberg, 1986, p. 47).

Ahora bien, el tratamiento que hemos hecho a la concepción de la autonomía como capacidad y como condición es para entender cuáles son las condiciones en las que el Consentimiento Informado es moralmente válido.

Para que el paciente tenga la capacidad de decidir si se somete o no a un procedimiento médico es necesario que cumpla con la característica de ser racionalmente consciente para que comprenda la información que el médico le da sobre su tratamiento. Y al mismo tiempo, son las condiciones de una institución médica, en la que le brinden al paciente las oportunidades necesarias para su atención, bajo las cuales este paciente podrá ejercer su autonomía y deberá decidir sobre su estado de salud.

El problema que se presenta entre la normatividad institucional y la autonomía personal es el de la autoridad que ejercen las instituciones sobre sujetos que se consideran autónomos y no desean asumir en cierta manera el paternalismo que puede estar inserto en ciertas instituciones. Lo que sigue en el desarrollo de este artículo es acercarnos al concepto de autoridad y ver cómo este incide en la idea de autonomía personal.

3.1. Autonomía y Autoridad

En aras de entender el alcance del consentimiento informado y el papel que tiene la autoridad en el mismo, es conveniente analizar en qué consiste la autonomía personal del paciente en el marco de relaciones profesionales con el médico. Este análisis estará enfocado desde el concepto de autoridad basada en el saber y el conocimiento de la situación, es decir, la autoridad del médico que está al tanto de la situación médica del paciente. A diferencia de las relaciones entre el ciudadano y el sistema jurídico, en el cual la coerción tiene un papel fundamental, la autoridad del médico está basada en una disparidad epistemológica en relación con la salud del paciente. Para discutir las relaciones entre autonomía y autoridad seguiremos de cerca la postura de Joseph Raz (2009), desde la filosofía del

derecho, quien considera que si bien la autoridad puede implicar cierta cesión del juicio, ésta no necesariamente se opone a la autonomía.

Como hemos visto, la autonomía puede ser vista en oposición a los conceptos de paternalismo y de autoridad ejercida por las instituciones o por otras personas. En este sentido, nos acercaremos al concepto de autoridad que, en líneas generales, se refiere a una relación de subordinación de unos a otros en la que se ordena el actuar de unos y otros; en la cual, además, dichas órdenes que justifican la autoridad de aquellos que subordinan están contenidas en un marco normativo institucionalizado por ellos.

Nos genera repulsión pensar que otros pueden decidir por nuestros intereses o necesidades, pero ¿cómo mediar el hecho de que las personas están insertas en un mundo socialmente construido y en el que por tanto, otros toman decisiones que nos afectan?

Este conjunto de normas o reglas configuran lo que es una institución cuando efectivamente regulan una serie de prácticas (Raz, 2009). Para un autor como Robert Wolff (1970), la postura política es contraria pues, a diferencia de Raz (2009), está en contra de la institucionalización de la autonomía. Una relación de autoridad entendida desde esta posición, es una contradicción de la autonomía que, en sí misma como capacidad que permite a los hombres ser autores de sus propias decisiones y responder por ellas. Para Wolff (1970), en una relación de autoridad, quien está subordinado cede su juicio sobre lo que debe hacerse y simplemente ejecuta la decisión de otro, es decir, que se opone a la autonomía, en el sentido que hemos mencionado, en el que las personas desarrollan su vida autónoma en un

marco de socialización en el que se encuentran insertas mas no subordinan su vida al entorno social del que hacen parte.

Ahora bien, es un hecho que en las sociedades en las que vivimos, están reguladas por un conjunto de instituciones a las cuales les es inherente la autoridad, por tanto, es allí donde se dan relaciones de subordinación. La cuestión es, entonces, preguntarse si en el marco de las instituciones es posible la autonomía. En el ámbito de una autonomía moral, el concepto de *autenticidad moral* puede contribuir a resolver, en cierta medida, esta situación paradójica, dado que la persona establece qué sistema de valores seguir en una sociedad para el ejercicio de su autonomía y libertad partiendo de sus propias razones, asumiendo como propia la normatividad. Como lo señala Feinberg (1986), un sujeto autónomo es alguien que vive en coherencia con las normas que ha apropiado, según su juicio, de acuerdo a su educación recibida y los valores que se hacen en esa sociedad.

De acuerdo con Wolff (1970), la autoridad es el derecho a mandar y consecutivamente el derecho a ser obedecido; dicha noción debe distinguirse del poder, el cual se define como la capacidad para obligar a alguien a cumplir por medio de la fuerza, de la amenaza, o de la manipulación psicológica. Esto quiere decir que si reclamo el derecho de ser obedecido, es igualmente un reclamo por ser reconocido y aceptado por aquellos que deben obedecer; y al mismo tiempo, un reconocimiento recíproco de que unos mandan y otros obedecen sin más argumentos que el deber ser normativo. La autoridad se presenta dentro del Estado como un grupo de personas que tiene derecho a ejercer la autoridad suprema dentro de un territorio (p. 5). En los estados nacionales modernos es el Estado, como gran

institución que regula a todas las entidades territoriales de una nación, el que tiene la autoridad final para fijar las normas en todos los aspectos de la esfera social tanto públicos como privados.

Para los anarquistas, la autoridad de un estado carece de legitimidad moral. Básicamente, la razón es la siguiente: cuando uno es mandado a hacer algo bajo la amenaza de la coerción, el cumplimiento de la orden no tiene el carácter de una obligación moral, pues lo propio de esta última es que el sujeto pueda libremente optar por no obedecerla sin temor a represalias. En una obligación moral el sujeto acata la norma porque decide autónomamente hacerlo. Desde esta perspectiva y en consonancia con Wolff (1970), en el ejercicio de su autonomía, uno, no obedece órdenes porque sí, sino que reconoce la fuerza del argumento que justifica la obligación: en el caso de que la orden de un estado fuese moralmente legítima no sería una orden, pues quien la acata voluntariamente lo hace porque quiere y no porque es una orden. Dado esto, según el anarquismo, la coerción no tiene ninguna fuerza argumentativa para justificar una orden. Pero si el estado se caracteriza porque sus normas están respaldadas por la coerción, siendo la coerción lo central, entonces no tiene justificación.

No obstante, cuando se le manda a un sujeto a hacer algo, también puede optar por acatar el mandato pese a no estar amenazado, porque puede creer, en medio de sus convicciones, que es algo que debe hacer. Si este es el caso, no se está obedeciendo una orden, sino, más bien, se está asumiendo la fuerza del argumento del que emite la orden, por ser éste una autoridad certificada en lo que respecta al mandato ya sea por conocimiento o por tradición.

Otra vertiente de la concepción de autoridad la podemos encontrar en Raz (2009), quien sostiene que hay buenas razones para aceptar la autoridad. Atribuye a la fuerza de la tradición política cómo los hombres reconocen las reclamaciones de la autoridad, atribuyendo este fenómeno al hecho de que algo ha sido así siempre, grabándose profundamente en la mente de las personas. Otro tipo de razones corresponde a la autoridad carismática; por ejemplo algunos hombres adquieren el aura de la autoridad en virtud de sus propias características extraordinarias, ya sea como un gran líder militar, como un hombre de carácter santo, o como fuerza de su personalidad, lo que les permite reunir alrededor de ellos seguidores y discípulos que están dispuestos a obedecer sin tener en cuenta el interés personal y además no va en contra de sus dictámenes. La autoridad del líder es atribuida por un derecho "divino" a mandar y a ser obedecido.

En la actualidad, la autoridad es ejercida comúnmente en países organizados burocráticamente por quienes poseen cargos o puestos a nivel social.

Para Wolff (1970) la autoridad es concedida a aquellos que han ocupado cargos oficiales; estas posiciones aparecen con autoridad en las mentes de la mayoría de los hombres porque son definidas con cierto tipo de reclamaciones burocráticas. Nos convertimos en seres condicionados a responder a los signos visibles de la oficialidad, tales como formularios impresos, tarjetas de identificación, etcétera (Wolff, 1970, p. 7).

Los tipos de argumentos arriba señalados, nos permiten identificar cómo, mediante el reconocimiento de su fuerza como razón moralmente válida, se concibe la autoridad en el marco de una determinada normatividad. Ya sea por las tradiciones que se transmiten de generación en generación o porque existen

personas carismáticas a las que se desea obedecer por su estilo de vida, o porque hay personas con cargos definidos en el funcionamiento de las instituciones del Estado.

La autonomía como supuesto fundamental de la filosofía moral supone que los hombres son responsables de sus acciones. Y ello incluye el hecho de asumir la obediencia a la autoridad dependiendo de la justificación de su uso por quien la ejerce.

De acuerdo con Wolff, todo hombre racional es libre y por tanto tiene la obligación de tomar la responsabilidad por sus acciones, incluso aunque no puedan participar activamente en un continuo proceso de reflexión, investigación y deliberación sobre cómo debe actuar (1970, p. 13). Un hombre puede asumir la responsabilidad por las consecuencias de sus decisiones aunque no haya deliberado sobre ella, o no tenga intención de hacerlo en el futuro siendo parte de su autonomía personal. En otras palabras, ser moralmente autónomo requiere de una combinación entre la libertad y la responsabilidad. El hombre que es autónomo, no está sujeto a la voluntad de otro, él puede hacer lo que el otro le dice, pero no porque se le ha dicho que lo haga, sino porque quiere hacerlo de acuerdo a sus intereses.

Una consecuencia de la capacidad de elección, es la responsabilidad del hombre por sus acciones, por lo tanto, no puede renunciar a ella o dejarla de lado; sin embargo, deliberadamente, puede negarse a reconocer su condición moral. De hecho, es frecuente que los hombres se nieguen a asumir la responsabilidad de sus actos en determinados momentos de su vida. Un hombre puede decidir obedecer las órdenes de otra persona sin hacer ninguna reflexión por sí mismo para

determinar si lo que es ordenado es bueno o malo; no obstante, para quien defiende la autonomía, el hecho de que se obedezca sin deliberar no lo exime de la responsabilidad por sus acciones. A este respecto Wolff afirma:

Después de haberse sometido a la voluntad de otro, un individuo sigue siendo responsable por lo que hace; sin embargo, al negarse a participar en la deliberación moral, al aceptar como definitivas las órdenes de los demás pierde su autonomía. (Wolff, 1970, p. 14)

Ahora bien, hay muchas formas y grados de pérdida de autonomía. Un hombre puede renunciar a su independencia de juicio con respecto a una sola pregunta, o respecto de un solo tipo de pregunta; en la situación que estamos tratando, un ejemplo puede ser cuando el paciente se pone en manos de un médico, se compromete a obedecer lo que prescribe el curso del tratamiento, pero sólo en lo que respecta a su salud. “A partir de ello, se puede inferir que hay, por lo menos, algunas situaciones en las que es razonable renunciar a la propia autonomía” (Wolff, 1998, p. 18). De aquí surgiría la cuestión de en qué tipo de casos es prudente dejar de lado el propio juicio y someterse al juicio de otro.

En política, como en la vida en general, los hombres suelen perder su autonomía. Hay una serie de argumentos que se han ofrecido para justificar este hecho. La mayoría de los hombres se sienten fuertemente atraídos por la fuerza de la tradición o de la burocracia, sin pensar en el contenido de las órdenes o afirmaciones emitidas por la autoridad.

Lo propio del concepto de autoridad es el derecho o norma; en una sociedad liberal, la obligación primordial del ciudadano es la autonomía y lo que se trata de limitar al máximo es el ser gobernado. Así pues, en el contexto de este tipo de

sociedad, parecería que no hay una solución al conflicto entre autoridad y autonomía personal en el sentido de la autonomía moral¹⁴.

En síntesis, el problema entre la autonomía y la autoridad se basa en la capacidad que tiene un agente de ceder su juicio a la persona o grupo de personas que le imparten una orden. En el marco de la relación con el médico, el paciente cede el juicio por el hecho de que el médico posee el conocimiento de la condición médica del paciente. Hemos dejado claro que esta sumisión a la autoridad médica no se enmarca en la coerción. De allí que este asunto de la cesión del juicio sea analizado en relación al consentimiento informado, pues es la práctica que legitima en el ámbito médico que el paciente autónomamente otorgue al médico la autonomía para realizar procedimientos médicos sobre su humanidad.

3.2. Rendición del juicio y consentimiento informado

En el recorrido de este artículo se ha hecho una aproximación en la definición de los conceptos de autonomía y de autoridad, los cuales son determinantes en la formulación y entendimiento de la práctica del consentimiento informado. Pero ¿cómo podemos hablar de autonomía del paciente cuando debe sujetarse al juicio de la autoridad del médico?

Es ahora conveniente analizar el marco de las relaciones médico-paciente, las cuales se dan en el escenario de la cesión del juicio del paciente a la autoridad

¹⁴ Waldron J. (2005) nos plantea una diferencia entre la autonomía personal y la autonomía moral, la primera nos acerca a la idea de una persona que se hace cargo de su vida, y que se dedica a buscar su bienestar de acuerdo al ideal de felicidad o de buena vida que ésta tenga. En cambio, la Autonomía moral consiste en la idea de una persona que actúa no sólo a partir de su noción de felicidad, sino que busca conciliar sus intereses personales con los de otra persona o las demás personas. Que en términos kantianos, una persona es autónoma en sentido moral cuando no se guía sólo por su propia concepción de la felicidad, sino por una preocupación universalizada por el bien de todas las personas.

del médico en términos del conocimiento que posee el médico y de que el paciente, dada su falta de conocimiento, debe creer. Para que el paciente pueda decidir y no quede sujeto solamente a la voluntad del médico se otorga el Consentimiento Informado como una herramienta para ponerle límites al ejercicio de dicha autoridad y así el paciente pueda deliberar sobre el tratamiento.

Para comprender el papel de la autoridad del médico en relación al paciente es preciso comprender los conceptos de *autoridad práctica* y *autoridad teórica*. Por un lado, en la autoridad práctica, la obligación de obedecer a una persona está vinculada a la afirmación de que quien manda tiene una autoridad legítima que le da un poder sobre quién debe obedecer, y la obligación de obedecer está relacionada con los comandos de la autoridad, que implican el poder de exigir una acción.

Por otro lado, en la autoridad teórica, la obediencia a una persona está vinculada por la cesión del juicio de quien obedece dado el conocimiento de quien ordena. Teniendo en cuenta los casos evaluados previamente en cuanto a la aceptación de la autoridad, la obediencia en las relaciones médico-paciente, según la autoridad teórica, no están respaldadas en una posible sanción, como puede ser en el caso de los mandatos moralmente inválidos que están respaldados en posibles sanciones disciplinarias, sino que el paciente actúa conforme al consentimiento del médico, pues la cuestión tiene que ver con las creencias, se asume que el médico por ser médico, tiene la razón. Aquí se centra la autoridad del médico.

La autoridad exige una rendición del juicio propio por parte de los que aceptan someterse o suscribirse al mandato de quien vela por las reglas del cuidado médico sobre el paciente. La validez del consentimiento informado se da en una

estructura institucional que ampara el hacer y el conocimiento de médico, es decir que el médico posee la competencia para ejercer la autoridad debido a que se le ha otorgado las credenciales para ser médico, así se asume que las directivas de la autoridad médica tienen validez de ser obedecidas dada la capacidad de juicio sobre los asuntos que trata médicamente.

Si un paciente consulta a una persona que sabe de medicina pero que no tiene el título de médico, quien después de observarlo le recomienda un cierto tratamiento y le dice al paciente que si lo va a seguir debe firmar un documento que nos corresponde preguntarnos si este documento posee validez legal toda vez que la persona que recomienda el tratamiento no es un médico titulado. En este caso podríamos decir que no, dado que la persona que tiene conocimientos médicos no está amparada por la institución médica, y no podríamos determinar con claridad su autoridad médica.

En la justificación de la autoridad, Raz (1986) se pregunta ¿qué es la rendición del juicio? Para responder a su pregunta utiliza un ejemplo de Hart:

El comandante tiene la intención de que su oyente tome el comando de Will en vez del suyo como una guía para la acción y por lo tanto para tomar lugar en cualquier deliberación o razonamiento propio: la expresión de la voluntad del comandante tiene por objeto impedir o cortar cualquier deliberación independientemente por parte del oyente de los méritos en pro y en contra de hacer un acto¹⁵. (Hart, citado en Raz, 1986, p. 39)

¹⁵ 'The commander characteristically intends his hearer to take the commander's will instead of his own as a guide to action and so to take it in place of any deliberation or reasoning of his own: the expression of the commander's will . . . is intended to preclude or cut off any independent deliberation by the hearer of the merits pro and con of doing the act.' (Hart, citado en Raz, 1986, p. 39).

Con respecto a este pasaje, Raz (1986) afirma que lo que cuenta desde el punto de vista de una persona con autoridad es la acción del sujeto, no como éste piensa. La idea que se transmite en la noción de la cesión del juicio privado es que quien obedece es alguien que cede el derecho de gobernarse a sí mismo sobre cierto asunto; la persona no actúa conforme a su propio análisis y no evalúa lo que se le pide que haga, por el contrario, acepta como razón suficiente para seguir una receta o normativa que se prescribe por alguien reconocido dada su autoridad o conocimiento en el tema, y que tiene el derecho a gobernar. Por ejemplo, ante el diagnóstico médico de una hernia umbilical el paciente no tiene conocimiento de la realización del procedimiento para tratar su problema médico.

Remitiéndonos a la legítima autoridad del médico, dada su capacidad de juicio frente a los temas sanitarios de un paciente y de la búsqueda del bienestar del mismo, puede notarse que la práctica médica, en el marco de la relación médico-paciente, se basa en una autoridad de conocimiento sobre la realidad física y sanitaria de un paciente, el cual puede desconocerla y que por ello está sujeto a obedecer dada su incapacidad para reconocer las consecuencias de su enfermedad y las de su posible tratamiento. El paciente estará sujeto a la voluntad del médico, quien recetará lo que el paciente debe hacer para buscar su sanidad.

Es decir que el médico tratante lo que hace es informar la necesidad de practicarse una cirugía, con el fin de remediar su situación. En este caso, el paciente que desconoce su situación médica, acepta el diagnóstico y cede su juicio al criterio del médico otorgándole a éste su autonomía para que realice el procedimiento necesario para tratarse. Seguidamente el médico informa de las acciones a realizar y antes de efectuar el procedimiento le entrega al paciente el documento del

consentimiento informado, el cual incluye la descripción del procedimiento, los objetivos, las consecuencias previsibles y no previsibles, los riesgos¹⁶.

Según esto, la relación médico-paciente se plantea desde la autoridad por conocimiento, en la que la voluntad del paciente obedece a la autoridad del médico dado su poca comprensión en el tema y termina cediendo su juicio al médico, quien posee un conocimiento más autorizado de su real situación médica.

“Una persona entrega su juicio a una autoridad que es legítima si hay suficientes razones para seguir sus directivas independientemente de las razones de fondo de dicha acción” (Raz, 1986, p. 40). Si una persona acepta la legitimidad de una autoridad, entonces, las instrucciones son aceptadas por él como motivos para confirmar la obediencia a la persona que le indica una acción o el sujetarse al cumplimiento de una normativa.

La cesión del juicio juega un papel determinante en la práctica del consentimiento informado, sobre todo si se le mira desde una perspectiva de autoridad por conocimiento. Ello implica que la autonomía del paciente no se reduce a la autoridad del médico por mera obediencia, sino que se le delega al médico la responsabilidad de las acciones que no puede tomar el paciente por desconocimiento. Esta obediencia está sujeta al criterio de quien es conocedor de la realidad del paciente.

¹⁶ Es probable que el paciente después de recibir la información por parte del médico tratante se niegue a someterse a un procedimiento médico – quirúrgico, este aspecto es fundamental debido a que deliberadamente el paciente realiza su autonomía, asumiendo las implicaciones de su elección, aspecto que para Dworkin (1988) constituye alguna de las excepciones en la toma del consentimiento informado que más adelante mencionaré.

Esta práctica se crea como mecanismo para que el paciente sea reconocido como persona autónoma, capaz de elegir en el marco de la consulta médica. Pero, como hemos definido anteriormente, para ser autónomo se requieren unas capacidades mínimas de competencia y de condición personal, además de una capacidad de juicio sobre las situaciones de la vida para poder tomar decisiones y a la vez elegir lo más apropiado para el bienestar propio de la persona que actúa.

Ahora bien, muchos podrían objetar la noción de la rendición del juicio, pues con todo y que permita generar un tratamiento con miras a beneficiar al paciente, aun así el paciente no será plenamente autónomo y no tomará sus propias decisiones. Para quienes tienen una posición como ésta, la práctica del consentimiento informado no velaría por la autonomía del paciente sino que se reduciría a otro procedimiento burocratizado que busca impedir que se sancionen responsabilidades sanitarias de los médicos y de las instituciones clínicas u hospitalarias.

Desde esta perspectiva, vale la pena revisar la naturaleza de la autonomía en la práctica del consentimiento informado y su relación con la cesión del juicio. Como se presenta, parece que en la cesión del juicio la autonomía se reduce a asumir el criterio médico sólo por autoridad y que por ello el paciente debe obediencia dada su incapacidad para elaborar su propio juicio acerca de cómo debe obrar. Sin embargo, desde la perspectiva de la práctica del consentimiento informado la situación no funciona de acuerdo a este criterio, pues como se mostró en la primera parte de este artículo, una adecuada práctica del consentimiento informado en un procedimiento médico o investigativo con fines terapéuticos debe involucrar un diálogo entre los actores de la práctica y debe ser fundamentado a

partir de una información veraz, lo que implicaría que el paciente no esté a merced del criterio del médico sin más, sino que en cierta forma él logra elaborar sus propios juicios a partir de la información que se le dé.

Una práctica de consentimiento informado que involucra todo un trabajo previo de información y de conocimiento de la realidad clínica del paciente y de los posibles tratamientos con sus variables favorables y desfavorables, hacen que el paciente pueda ser más competente para la toma de una decisión de acuerdo a los parámetros que los médicos le informen. En el fondo, con el consentimiento informado, lo que se busca es que el paciente no ceda completamente su juicio al médico sobre el tratamiento a seguir, sino que el paciente tome él mismo la decisión, y el médico lo acompañe dándole la información más relevante. Así, la autoridad no se reduce a una rendición del juicio, sino que se da un marco de maniobra más amplio en el ejercicio de la elección por parte del paciente, quien en consideración con los diferentes actores del procedimiento médico puede elaborar su propio juicio y obrar de acuerdo a lo informado por las partes.

El consentimiento informado se convierte, entonces, en un procedimiento que se reglamenta y se justifica en documentos previamente establecidos entre las instituciones médicas, los médicos en relación a los pacientes. Desde este punto de vista, es conveniente analizar el papel de la institucionalización de la práctica del consentimiento informado, y cómo esto influye en la decisión autónoma de un paciente a la hora de aceptar o rechazar un determinado procedimiento médico. La siguiente parte de este artículo pretende analizar en qué consiste un proceso de institucionalización de esta práctica ética del consentimiento informado, lo que, en

conclusiones parciales, me permite afirmar que se traduce en una institucionalización de la autonomía.

4. Institución e institucionalización

El proceso de institucionalización de la autonomía en la práctica del consentimiento informado implica un acercamiento al concepto de institución para analizar en qué consiste. Para ello, nos acercaremos primero, a una definición del concepto de institución, y seguidamente, revisaremos en qué consiste propiamente el proceso de institucionalización de la autonomía.

Una institución puede entenderse como una realidad en cuanto constructo humano que permite regular las diferentes acciones humanas en diferentes ámbitos ya sean sociales, económicos, políticos o morales. Existen diferencias en torno al tratamiento del concepto de *institución*, por lo que, en este texto, tomaremos aquellas en las que hay cierto consenso en las cuales se dice que una institución es un conjunto de reglas¹⁷ que regulan una serie de prácticas.

De acuerdo con la anterior definición, en una institución se establecen reglas que orientan la interacción entre personas en la vida diaria, y la estructura institucional permite ser identificada por las personas que pertenecen a ella de manera tanto positiva como negativa. Positiva en tanto que permite construir una lógica de la identidad en la que las personas pueden realizar sus vidas, buscar reconocimiento y alcanzar metas planificadas en sus intereses personales; negativa

¹⁷ Los autores en los que se encuentra un consenso en torno a la idea de Institución son: Pettit, P. (2002), North, D. (1993), Berger, P., & Luckmann, (1968)

porque puede constreñir la autonomía personal, limitando a algunas personas en su deseo de satisfacer sus necesidades, pues las reglas impuestas por la institución aplican restricciones sobre las opciones que el agente puede seguir en la realización de su proyecto de vida.

4.1. Definición de Institución

Una de las concepciones de institución más influyentes tanto en las ciencias sociales, como en la economía, es la definida por Douglass North (1993) para quien las instituciones “son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico” (p. 13). A partir de esta definición se puede decir que las instituciones son un referente en la vida de las personas ya que estructuran en cierta forma las prácticas de su cotidianidad, minimizando los riesgos de acciones que nos pueden lesionar y de la incertidumbre en la participación social.

Una persona puede encontrar espacios de interacción que le permiten constituirse socialmente en el marco de las normas que orientan una determinada institución, de modo que éstas, permiten que las personas definan y a la vez amplíen el conjunto de elecciones en el complejo de la vida social. Es decir, las normas pueden ser la ruta por medio de la cual una persona se adhiere para construir su vida en prácticas habitualizadas. Así, en el caso sanitario, el médico ejerce su profesión, en tanto que posee el conocimiento de su disciplina y sigue las prácticas establecidas en un hospital, que es una institución médica que le permite ejercer su proyecto profesional.

Otro ejemplo puede ser una vista de la familia como institución, en la que los diferentes miembros que la constituyen poseen roles que los identifican y les dan un papel en la estructuración de su vida en el rol familiar, a saber el papel de padre o madre, cuya función más básica es mantener el hogar a partir de los valores que los constituyen, de formar o educar a los hijos, y de sostener económicamente a la familia; y en el caso de los hijos les corresponde cumplir con los valores aprendidos en la familia, como el permitir ser orientados por sus padres y aprender a vivir en sociedad.

Las instituciones en sentido positivo existen para salvaguardar y proteger los intereses de los miembros que las integran. Así por ejemplo, en el caso de la familia, se puede garantizar el derecho de los hijos a ser educados, alimentados y protegidos por sus padres. En general, el conjunto de normas que constituyen una institución se pueden considerar como limitaciones¹⁸ a la voluntad particular de una persona, como una restricción a su actuar. Tales limitaciones incluyen aquello que se prohíbe hacer a una persona, o también son concebidas como la forma en la que se debe realizar una actividad en el marco institucional, como por ejemplo asumir el cargo de gerente de una compañía.

Ahora bien, las normas institucionales son las que legitiman la autoridad institucional, en esta medida, de acuerdo con North (1993), las normas institucionales pueden ser de dos tipos: unas de carácter formal, ya que están registradas por escrito en códigos institucionales; otras son de carácter no formal

¹⁸ Es de resaltar que estas limitaciones no sólo cumplen un papel coercitivo, sino que ellas se formulan en aras de proteger a las personas sobre las cuales la institución actúa.

ya que son las que no están contenidas en manuales, sino que surgen en el marco de la interacción y cuya función es complementar las normas formales. Ambos tipos de normas están sujetas a la dinámica y contingencia institucional, ya que las instituciones son organizaciones históricas susceptibles de los cambios según la historia o las necesidades del contexto.

Si trasladamos esta caracterización de las normas al contexto médico, podemos encontrar que las prácticas médicas se sujetan a normas institucionales formales que están contenidas en los manuales, cómo los códigos de bioética, el código deontológico médico y a las reglas informales que pueden estar contenidas en referentes normativos transmitidos por la cultura como las prácticas habitualizadas en la atención médica, como el respeto a la dignidad humana y el cuidado por el paciente. Ahora bien, North señala que “aunque las normas formales pueden cambiar de la noche a la mañana como resultado de decisiones políticas o judiciales, las limitaciones informales encajadas en costumbres, tradiciones, códigos de conducta son mucho más resistentes o impenetrables a las políticas deliberadas” (1993, p 17).

Se puede afirmar que las instituciones requieren, en aras de la efectividad, de mecanismos de control social que garanticen que los miembros que las constituyen cumplan con las normas y roles que la misma institución les ha asignado según su rol y normatividad institucional. El fin de este control es garantizar cierto orden social en la interacción de las personas. La regulación de las acciones individuales, a fin de no dañar o vulnerar los intereses de otros, y la manera de garantizar la regulación están en el hecho de asumir los roles y orientar procesos

de interacción para que ellos constituyan un orden en el cumplimiento de las normativas para quienes integran la institución.

Cuando hablamos de mecanismos de control social, estamos estableciendo una jerarquía necesaria para el adecuado desarrollo de la institución según su rol y normatividad, de modo que deben haber sujetos a los cuales se les asignen recursos de poder con los cuales se les permiten ejercer tal control, con el fin de regular el cumplimiento de las normas sociales de las personas a quienes vigilan. Los recursos para forzar la observancia de los deberes pueden ser las sanciones directas contempladas por los comités, juntas y otras organizaciones destinadas al cuidado de las normas.

Hasta aquí hemos hecho una breve explicación de lo que es una institución identificándola con una estructura normativa que regula las acciones humanas en el marco de la interacción social. En lo que sigue plantearemos la tesis de que el consentimiento informado es una forma de institucionalización de la autonomía. Primero, desde una definición de institucionalización, y seguidamente plantearemos cómo el consentimiento informado institucionaliza la autonomía.

4.2. El consentimiento informado y la institucionalización de la Autonomía.

El proceso de institucionalización consiste en la regulación y control en las acciones de las personas que integran una sociedad, de modo que, de esta regulación se generen normas. Este proceso se inicia con el reconocimiento de aquellas acciones que se vuelven habituales en la conducta humana, aquellas que

tienen un valor significativo en los miembros de una determinada sociedad, a este reconocimiento Peter Berger y Thomas Luckmann (1968) lo denominan *habituación*:

Las acciones habitualizadas retienen, por supuesto, su carácter significativo para el individuo, aunque los significados que entrañan llegan a incrustarse como rutinas en su depósito general de conocimiento que da por establecido y que tiene a su alcance para proyectos futuros. (Berger & Luckmann, 1968, p. 74)

De acuerdo con estos autores, estos procesos de habituación anteceden a los procesos de institucionalización puesto que la institución como tal se da en la medida en que se repiten habitualmente ciertas acciones hasta institucionalizarlas. Como dicen Berger y Luckmann (1968) la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habituadas por ciertos tipos de actores.

Para estos autores, la institucionalización se da justamente cuando los actores reglamentan sus acciones habitualizadas. Esta reglamentación implica dos cosas: la primera corresponde a que la institucionalización es histórica, es decir que está situada en un contexto específico, que no se crea repentinamente sino que es el resultado de un proceso de consolidación de acciones habituadas; la segunda, tiene que ver con la función de controlar el comportamiento humano estableciendo pautas definidas.

En el marco de la institucionalización, los roles de quienes ejecutan acciones son determinantes, pues ellos objetivizan la acción a partir de un conocimiento de las tipificaciones de la acción habituadas en determinados contextos. Los roles representan el orden institucional. (Berger & Luckmann, 1968, p. 99)

En sus análisis, Berger y Luckman plantean una distinción similar a la formulada por North entre normas formales e informales. Para ellos, un proceso de institucionalización contempla la creación y establecimiento de una serie de normas

y roles sociales que orientan las acciones habitadas y la interacción social, las cuales se plasman en aspectos tanto formales como informales. Lo primero se da cuando se crean manuales o códigos que reglamentan ciertas acciones para una determinada práctica social, lo segundo, es decir lo informal, como ya lo dijimos, se refiere a aquellas normativas que no están contenidas en un código, pero cuyas normas son inherentes a las acciones de una persona en un contexto determinado socialmente.

Un ejemplo de una regla informal¹⁹, es el de ciertas normas y regulaciones sociales que se establecen dentro de la familia como institución; estas regulaciones reconocen roles y modos de socialización de acuerdo a los valores de la cultura y de la sociedad que ella ha apropiado, pero no requieren de un manual o código para definirse como regla de socialización, sino que estas normas son interiorizadas de tal forma que logran mantener ciertos comportamientos y roles en la familia estructurándolos socialmente.

Ahora bien, como señala Philip Pettit (2002) el proceso de institucionalización es complejo y se da en el marco de diferentes momentos que, aunque son consecutivos, cada uno no es la última palabra en la consolidación de la internalización de una norma. Para la explicación del proceso de institucionalización, Pettit (2002) hace referencia a las regulaciones de tipo ético que se aplican a investigaciones científicas como una forma de cuidar los procesos de investigación con humanos y de revisar los procedimientos de las instituciones en torno al seguimiento de los compromisos adquiridos éticamente para velar por el

¹⁹ Es conveniente aclarar que muchas reglas que son informales pueden volverse formales.

bienestar de las personas en el ámbito médico. “El problema es que los procesos de investigación científica han sido dirigidos por una dinámica institucional que no están bajo el control de nadie y ésta dinámica nos está llevando a un terreno un tanto pedregoso” (Pettit, 2002, P. 379).

Para el análisis del proceso de institucionalización de la ética en el caso de la salud, que es el ámbito que nos compete en este documento, la efectividad de la aplicación de las iniciativas políticas o normativas depende de la revisión de la forma en la que históricamente se han en las instituciones y en las personas que las internalizan. Para ello, Pettit (2002) aborda el método desarrollado por Oliver MacDonagh que se funda en cuatro momentos, a saber: El mal, la exposición pública, la Indignación, y la reacción²⁰.

El primer momento, consiste en identificar los tipos de males que se pretenden evitar; estos males se refieren a las consecuencias de las acciones que trae consigo la industrialización y los avances vertiginosos de la ciencia en la modernidad, los cuales generan una serie de problemas en los que algunas personas padecen el abuso y el maltrato, sea físico o moral, la explotación propia de las estructuras de las industrias, y el desconocimiento del consentimiento del paciente para ser tratado médicamente en procesos de investigación clínica.

La diversidad de problemas que se presenta en el contexto de la industrialización y de los avances investigativos en la medicina, y las tecnologías

²⁰ *Evil, exposure, outrage, and reaction: these are the elements that play a crucial role in the MacDonagh model.* (Pettit, 2002, P. 379)

permite que se vulnere la dignidad humana, o se agredan los derechos humanos a tal punto que las personas eran utilizadas como objetos. Por ejemplo, el trabajo forzado infantil, la explotación de obreros en maquilas, la falta de seguridad social, la exclusión del trabajo de obreros u obreras que terminaron mutilados en sus trabajos sin reconocimiento y apoyo institucional de la industria para la cual trabajaban, el abuso del sector salud y de médicos investigadores al realizar experimentos con personas sin previo consentimiento informado tales como la utilización de prisioneros de guerra o civiles que estuvieron en campos de concentración para experimentar con sus cuerpos.

A causa de estas situaciones, que se enmarcan dentro de lo que Pettit (2002) llama *el mal*, surgen los acuerdos que hoy en día ponen límites morales al desarrollo de la ciencia. Pues estos males han sido justificados a nombre del avance de la ciencia, la industria y la guerra, ahora, un argumento como éste ya no es válido, y además se ha establecido toda una normativa internacional para que no se den este tipo de procedimientos que perjudican la institución y la autonomía de los sujetos que son instrumentalizados en las investigaciones científicas.

El segundo momento, es *la exposición* del mal de forma sensacionalista en medios de comunicación como los periódicos. Lo que genera una popular *indignación* que es el tercer momento, es una conexión con los crecientes sentimientos humanitarios del siglo XX, estos sentimientos manifiestan que el mal ocasionado por instituciones o por personas es intolerable. Al final, esta *indignación* se convierte en *reacción* de parte de las instituciones gubernamentales con la introducción de legislaciones o iniciativas administrativas para hacer frente al mal;

la reacción del gobierno está sujeta al creciente carácter democrático. En palabras de Pettit:

“En el primer momento de la evolución algún mal es expuesto; esto conduce a una popular indignación y el gobierno de turno responde con algunos cambios en la ley²¹” (Pettit, 2002, p. 380).

Con la formulación de estos estadios no desaparece el mal totalmente, es probable que años después de que surja la legislación original, aparezcan situaciones en las que el mal permanece y genere nuevos escándalos, haciendo que vuelva la indignación pública y de nuevo la respuesta del gobierno a ésta. Pero la respuesta ahora apunta sobre los indicios que dan origen al mal y se investiga cómo puede ser erradicado, con miras a que el gobierno logre modificar la ley, dado que la formulación original es insuficiente, el procedimiento de los encargados de las instituciones es sugerir los cambios a partir del estudio cuidadoso de las situaciones del mal que permanecen. Durante este proceso, surge una serie de recomendaciones que pueden ser una guía para quienes están a cargo de cambiar las normas, y de esta manera se pueden dar las modificaciones en la legislación, y hacer frente a la indignación popular.

Los cuatro momentos anteriormente expuestos son la base del proceso de institucionalización que corresponde a legislar o normativizar para prevenir el daño ocasionado por instituciones o personas a otras personas o grupos de personas.

²¹ *“In the first stage of evolution some evil is exposed; this leads to popular outrage and the government of the day responds by some change in the law.”* (Pettit, 2002, p. 380)

Este proceso según Pettit (2002) también se encuentra en los estudios éticos de investigación con personas humanas, pero que, a diferencia de la legislación construida por los órganos administrativos del Estado, el resultado de la institucionalización en las prácticas médicas son los compromisos éticos que se adquieren de manera inicial en la persona del médico voluntariamente, si allí no son suficientes dado al mal que pueda generar el comportamiento médico, corresponde a la institución médica y organismos médicos el crear comités que generen los compromisos para evitar la indignación popular que produjo el mal ocasionado.

Una vez descrito cómo se da el proceso de institucionalización, revisaremos en qué ha consistido dicho proceso en el caso de la autonomía y cómo este se concreta en la práctica del consentimiento informado. Cuando se hace referencia a la institucionalización de la autonomía, podemos encontrar, los aspectos formales e informales que hemos tratado previamente, no obstante, aquí estamos haciendo el análisis desde una perspectiva formal y como referente tomamos la práctica del consentimiento informado.

Como exigencia formal, el consentimiento es una exigencia establecida tanto en la legislación nacional²² como en una serie de iniciativas internacionales²³. En principio estas exigencias se expresan en un documento formal escrito; cabe señalar que este documento no solo garantiza el hecho de que el paciente pueda

²² Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia, Ministerio de Salud. Título II: De las Investigaciones con seres Humanos, Sobre el Consentimiento Informado Artículos 14, 15 y 16.

²³ Estas Normativas ya se mencionaron en la primera parte de este trabajo Consentimiento informado y Bioética.

ejercer su autonomía ante un eventual procedimiento médico, pero sí, que este documento es el resultado de un proceso de institucionalización de una práctica médica.

Diversos escándalos producto de los abusos cometidos en contra de personas y grupos en las investigaciones médicas, son las que dan origen a la normativización y regulación del comportamiento de los investigadores médicos. “La Asociación Médica Americana (AMA) fue uno de los primeros organismos que buscó establecer directivas para controlar el comportamiento de los investigadores médicos, esto a partir de caso del doctor Udo Wile de la Universidad de Michigan (1961) quien estudiaba la sífilis en animales realizando vivisecciones cerebrales” (Pettit, 202, p. 382).

Durante la segunda guerra mundial se perpetraron una serie de abusos que atentaron en contra de la dignidad de las personas que eran prisioneras de guerra especialmente en lo que se refiere a los experimentos realizados en su humanidad y sin su consentimiento, como la prueba de medicamentos en población selectiva (judíos, homosexuales) sin conocimiento de las consecuencias de los medicamentos suministrados. Dadas estas circunstancias se hizo necesario regular o poner límites a este tipo de prácticas para garantizar el beneficio y bienestar de las personas.

El afán científico en la búsqueda de respuestas médicas obligó a diferentes organismos e instituciones a generar documentos en los cuales se pueda garantizar el bienestar de los pacientes que deben ser expuestos a procedimientos médicos o

quirúrgicos. En este sentido, las normativas internacionales²⁴ y nacionales, se fundamentaron en principios que velan por el respeto de la autonomía humana a querer o no, practicarse un procedimiento médico o quirúrgico.

En este contexto, aparece la *carta de consentimiento bajo información*, en la cual se normaliza la forma en que un paciente puede ser informado del procedimiento y a la vez se garantiza su libre participación en el procedimiento médico. La primera carta de consentimiento informado se consolida en los documentos y compromisos institucionales de las clínicas o de los organismos internacionales con base en los compromisos voluntarios de los médicos a respetar y cuidar el bienestar del paciente. Es el proceso de institucionalización del respeto por la autonomía en el marco de las normas de protección de la autonomía del paciente a elegir o a rechazar un procedimiento médico.

Un documento que se encarga de sintetizar el proceso de institucionalización de la que venimos hablando, es la *Declaración de Helsinki (1964)*, en la que establecen directrices sobre la conducta de los médicos en investigaciones, la cual buscaba mirar los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación, la idoneidad de los métodos usados para dar una clara información y así acceder al consentimiento del sujeto de investigación.

Al observar lo que ocurre en el caso de la autonomía en el consentimiento informado, se puede decir que la institucionalización no sólo se da en el marco de los cuatro momentos señalados antes (mal, exposición, indignación y reacción) que

²⁴ Como las que se han mencionado inicialmente como el Código de Neuremberg (1947), Declaración de Helsinki (1964), Declaración de Bioética y Derechos Humanos (2005), entre otras.

conlleve en el ámbito médico a una fase de construcción de compromisos, sino que, además, contiene todo un proceso de creación de normas y roles, de autoridades y mecanismos de control institucional y social, y de internalización de las normas.

La creación de normas y de roles hacen parte del proceso de formalización institucional en la que se requiere de un documento o código claramente definido por administradores del estado y de la institución de la salud, que en el caso del consentimiento informado se refiere a una carta en la cual se estipula puntualmente el tipo de procedimiento que se va a realizar, las posibles variables que contempla el procedimiento, así como sus consecuencias. Además se estipula en la institucionalización de la práctica del consentimiento informado los roles que ejercen en el procedimiento médico cada uno de los actores, médico y paciente; en esta relación quien cede su juicio y autonomía es el paciente ante el juicio del médico, dada su especialidad, de allí que la elección del paciente se realiza a partir de una clara información otorgada por el médico.

El consentimiento informado se presenta entonces, como una práctica que regula la autoridad teórica del médico para evitar que se cometan abusos en torno a la integridad del paciente. Como se mencionaba en la anterior sección, la autoridad otorgada al médico por sus conocimientos y saberes, supone la obediencia del paciente que cede su juicio al criterio del médico. Esta obediencia con el procedimiento del consentimiento informado no se da ciegamente, sino que se da conscientemente en tanto que el paciente tiene un recurso que le permite conservar su capacidad deliberativa; aquí la institucionalización de la autonomía en el consentimiento informado se da como una autoridad práctica que permite orientar y regular las acciones de los médicos.

De esta manera, el consentimiento informado es una forma de control que se requiere para acompañar el correcto cumplimiento de las normas estipuladas para la investigación e intervención médica con seres humanos. Pues, como lo menciona Pettit (2002), a pesar de que el estado o las instituciones formulen normas o creen roles para el cuidado del bienestar de las personas, como los comités de ética médica y los administrativos, quienes velan por el cumplimiento de las políticas institucionales; en alguna medida el mal puede aparecer, de allí que se necesite crear organismos institucionales que vigilen y monitoreen los procedimientos y las acciones de los actores de las instituciones médicas.

Finalmente, la internalización²⁵ de las normas corresponde a la apropiación por parte de los agentes médicos de obrar de forma voluntaria en coherencia con las políticas institucionales. En la que la conciencia del médico se orienta por el deber del cuidado del paciente, respetando su derecho a la vida, a su autonomía y su bienestar que se reflejan en una atención cuidadosa desde las condiciones particulares del paciente otorgando el mejor tratamiento para garantizar su bienestar.

De lo dicho hasta aquí, se puede afirmar que el consentimiento informado²⁶ es una forma de institucionalización de la autonomía porque con él se busca cuidar el derecho del paciente a decidir si se somete o no al juicio médico para ser tratado, para ello requiere de la consolidación de un documento escrito que da la

²⁵ En efecto, no es fácil saber qué tanto se han internalizado efectivamente las normativas que velan por el derecho del paciente a elegir ser tratado.

²⁶ Visto en las normas desde lo que debe ser

normatividad de los procedimientos y los roles en la particular situación médica, además de todo el proceso de información que lleva a la firma del paciente autorizando al médico para realizar el tratamiento.

La autonomía del paciente competente, o en el caso de los pacientes no competentes, su reflejo en la autonomía de los tutores; es preservada por las garantías normativas y de los agentes de control institucional, posibilitando un espacio de diálogo entre médico y paciente para informarse de los beneficios y de las implicaciones que puede traer el someterse a un tratamiento o a una investigación médica.

El diálogo orientado desde la información que transmite el médico de los pro y los contras de asumir un procedimiento que busca no sólo transmitir la información sino que el paciente comprenda desde su realidad personal a lo que está expuesto al otorgar su consentimiento, de allí que la institucionalización del consentimiento informado se fundamenta en un espacio de comunicación asertiva, personalizada, procurando que la información transmitida se le dé al paciente aterrizándola de acuerdo a su bagaje conceptual y cultural, para que en términos comprensibles pueda entender los procedimientos y a su vez pueda elegir.

El proceso de institucionalización del consentimiento informado en un sistema de salud corre el riesgo de quedarse en la sola entrega y firma del documento, omitiendo el proceso de diálogo e información, salvando las responsabilidades del médico y de las instituciones hospitalarias. Este riesgo puede generar la pérdida de la autonomía del paciente dada su desinformación y desconocimiento de su real situación médica y puede llevar al paciente a firmar un documento que no conoce realmente, vulnerando así su derecho a elegir

racionalmente. Los peligros de la institucionalización están ligados a minimizar al paciente, viéndolo sólo como un número más del sistema de salud, negándole una atención humanamente digna.

El consentimiento informado institucionaliza la autonomía desde dos perspectivas ya claramente descritas: la primera, corresponde a velar por la autonomía como capacidad²⁷ de decisión del paciente, generándole las condiciones necesarias, de información, de comunicación asertiva desde el diálogo del profesional de la salud y de las demás implicaciones que puede traer el someterse a un tratamiento médico. El segundo consiste en garantizar el derecho del paciente a elegir a partir del principio de justicia, mencionado al inicio de este trabajo, que implica dar a cada paciente las mismas condiciones para ser atendido en el sistema de salud incluyendo el cumplimiento de compromisos y deberes contraídos de la institución médica y el profesional de la salud en correspondencia al paciente.

Pero en el contexto de las Entidades prestadoras de salud (EPS) nos podemos encontrar que – y de hecho puede estar ocurriendo—la práctica del consentimiento informado no se esté realizando en su deber ser dadas las exigencias que se le hacen a las instituciones médicas: ahorrar costos, disminuir los tiempos de atención, limitar las órdenes para exámenes médicos, entre otras medidas que impiden que el paciente pueda tener un tratamiento que realmente lo

²⁷ La autonomía como capacidad se mencionó más arriba desde la propuesta de Joel Feinberg. Aunque es importante resaltar que existen unos casos mencionados por Dworkin (1988) en el que existen excepciones para la exigencia del consentimiento informado, como por ejemplo, en una emergencia en la que el paciente está inconsciente y no hay quien lo represente, por incompetencia, por renuncia al tratamiento.

beneficie. En estos términos, el médico se ve limitado a cumplir con sus principios morales por las restricciones que se le imponen en el actual sistema de salud.

5. Conclusiones

El desarrollo de este texto tuvo como punto de partida el reconocimiento de que la práctica del consentimiento informado es una forma de institucionalización de la autonomía, por ello de manera inicial, nos acercamos a las discusiones que al respecto se han dado en bioética y a la definición de esta práctica en este contexto, seguidamente delimitamos la definición del concepto de autonomía y por último se hizo un análisis del concepto de institución, para hablar de la institucionalización de la autonomía. A partir de esta presentación se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

Primero, cuando hablamos de consentimiento informado nos remitimos a un proceso institucionalizado en el que se vela por el bienestar del paciente, sobre todo en lo que se refiere a la toma de decisiones que le permitan deliberar autónomamente en la elección del procedimiento clínico que debe seguir. La autonomía no se puede tomar a la ligera como concepto, se debe pensar en las distintas variables que lo constituyen, principalmente dos: la autonomía como ideal en el que se encierran todas las discusiones de cómo debe ser tal concepto en la vida de las personas, y la autonomía como condición real en la que las personas deben realizarla a partir de las oportunidades y del azar de la vida. Así mismo, es conveniente atender a las distinciones que hacen autores como Feinberg (1986), Gerard Dworkin(1988) y O'Neil (2002), con respecto a la autonomía como

capacidad, como condición y como derecho.

Segundo, se considera que una persona autónoma es aquella que posee competencia en el sentido de que tiene una conciencia racional para tomar las decisiones y que a la vez es capaz a pesar de las condiciones propias de su vida particular de sacar provecho de las oportunidades y así autogobernarse. La concepción de la autonomía como capacidad y como condición en la práctica médica se contemplan por un lado desde la capacidad que tiene el paciente de decidir si se somete a un procedimiento médico, y para ello se requiere que en el momento de tomar la decisión sea racionalmente consciente de la naturaleza del tratamiento y de las implicaciones que éste tiene para él; y por otro, las condiciones bajo las cuales este paciente estará situado en la institución médica, en un sistema de salud que le permita realmente ejercer su autonomía.

Tercero, esta idea de autonomía no se puede desligar de la idea de autoridad discutida en este texto, pues en la relación con el paciente, el médico está investido con una autoridad teórica que incide en las decisiones que se tomen sobre la salud del paciente. Esta relación entre autonomía y autoridad teórica se establece en el marco de la relación médico paciente, en la cual un paciente cede su juicio a médico por que éste tiene conocimiento de su estado de salud.

Cuarto, la naturaleza de la autoridad teórica del médico en la práctica del consentimiento informado se da como cesión del juicio permitiendo que el paciente le otorgue al médico su autonomía delegándole así la responsabilidad de su cuidado gracias al conocimiento que éste tiene de su historial y del manejo de la enfermedad.

Con el consentimiento informado lo que se busca es que el paciente ceda su autonomía en el marco de un proceso de diálogo e intercambio de información, en el cual el médico lo acompaña. Así la autonomía no es una rendición total del juicio, sino que se da en una maniobra más amplia en el ejercicio de la elección por parte del paciente, quien en relación con los actores del procedimiento médico puede elaborar su propio juicio y obrar de acuerdo a lo informado.

Quinto, como hemos visto en este trabajo, en el contexto de la salud, la institucionalización se refiere al proceso mediante el cual se consolidan una serie de normas o políticas que surgen de la revisión de una serie de problemáticas sociales, generando documentos, o instrumentos formales que ayuden a prevenir problemas que pueden atentar en contra de la dignidad y el bienestar de los miembros de una sociedad. En el marco de este trabajo, se entiende este proceso de institucionalización de la autonomía en la práctica del consentimiento informado, como el procedimiento que vela por cuidar del paciente su capacidad y derecho a elegir.

Sexto, el documento formal del consentimiento informado es el resultado de un proceso normativo que buscó proteger la dignidad de las personas a raíz de la serie de escándalos que sacudieron a la sociedad en la primera mitad del siglo XX, y que después de establecer compromisos institucionales se consolidó el consentimiento informado como una práctica médica; pero que en la actualidad dada las condiciones económicas y políticas del sistema de salud puede correr el riesgo de no atender realmente la naturaleza del consentimiento informado que consiste en preservar la autonomía del paciente, debido a la reducción de los

tiempos en la atención a los pacientes impidiendo que se le otorguen condiciones para elegir.

Finalmente, la tesis que se presentó en el texto es que la autonomía como un principio de la moral es institucionalizada por medio de la práctica del Consentimiento Informado que se formaliza a través de las normas lo regulan como los diferentes documentos producto de los comités y de las organizaciones que velan por el derecho del paciente a preservar su autonomía para acceder a tratamientos. Se destaca que el proceso de institucionalización es resultado de diferentes momentos históricos y normativos, en el que en algún momento se vulneró a personas en las guerras y las exploraciones científicas, y que hubo así la necesidad de legislar este tipo de prácticas para proteger los derechos de las personas a tomar decisiones para hacer parte de un procedimiento médico.

La institucionalización de la autonomía que se da en el Consentimiento Informado no se reduce a la sola firma del documento, sino que va acompañada de un proceso integral en el que se informa al paciente de todas las diferentes consecuencias producto de su tratamiento e intervención, para esto se requiere de una política institucional que vele por que los médicos acompañen e informen asertivamente sobre lo que el paciente necesita para su sanidad.

Referencias bibliográficas

- Alexander, L. (1986). "Consent, Punishment, and proportionality" en *Philosophy and public Affairs*, Vol. 15, No. 2, Spring, 1986.
- Beauchamp & Childress, (2002) *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, Masson.
- Berger, P., & Luckmann. (1968). *La Construcción de la Realidad Social*. Madrid, Amorrortu.
- Brison, S. (1998). "The Autonomy Defense of Free Speech" en *Ethics*, Vol. 108, No. 2, (January, 1998), pp. 312-339.
- Declaración de Helsinki. Documento en línea disponible en www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf: recuperado el 15 de marzo de 2012.
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fajardo, G. (2008). "¿Qué representa el consentimiento informado?" en AN ORL MEX, Vol. 53, Núm. 3, pp. 101-102.
- Feinberg, J. (1986) *Harm to Self*. New York, Oxford University Press.
- Hernández, M. (2005). *El Consentimiento Informado en Anestesiología: Aspectos bioéticos*. Cuba, ECIMED.
- Kant, I. (2006). *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. Madrid, Alianza Editorial.
- McMahon, C. (1987). "Autonomy and authority" en *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 16, No. 4, pp. 303-328.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Onora, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pettit, P. (2002). *Rules, Reasons, and Norms*. Oxford, Clarendon Press.
- Philpott, D. (1995). *In defense of self-Determination*. Ethics, Chicago, University Of Chicago Press.

- Raz, J. (1999) *Practical Reason and Norms*. New York, Oxford University Press.
- _____ (1986) *The Morality of Freedom*. New York, Clarendon Press.
- Ripstein, A. (2004). "Authority and Coercion" en *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 32, No. 1, pp. 2-35.
- Stuart Mill, J. (2008). *Sobre la Libertad*. Madrid, Ténos.
- Waldron, J. (2005) Moral Autonomy and personal autonomy en: Christman, J. and Anderson, J. (2005) *Autonomy and the challenges to the liberalism*, New York, Cambridge University Press.
- Wolff, R. (1970). *In defense of Anarchism*. New York, University Of California Press.